

سازمان خدمات اجتماعی و درمانی

PLACE
STAMP
HERE

سیاست عدم تبعیض

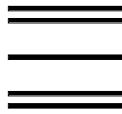
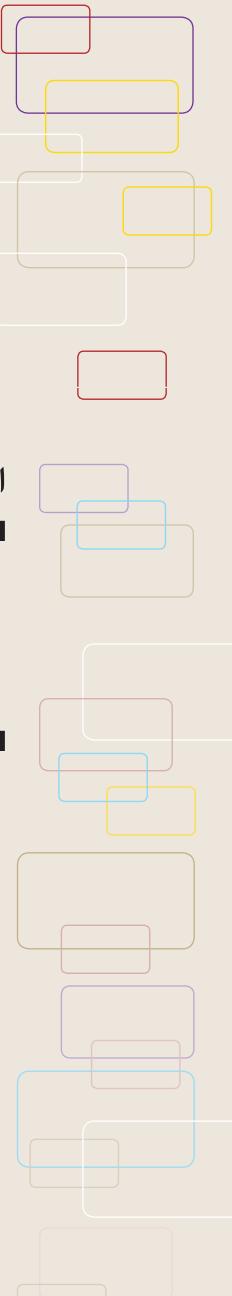
این بروشور:

- حاوی اطلاعاتی کلی در خصوص سیاست «سازمان خدمات اجتماعی و درمانی» نسبت به عدم تبعیض، فرصت‌های برابر و رویه رسیدگی به شکایت مربوط به تبعیض است.
- برای افرادی که معتقدند در ارائه خدمات و اشتغال، نسبت به آنها تبعیضی صورت گرفته خدمات موجود را شرح می‌دهد.



Transforming lives

DSHS 22-171 FA (Rev. 3/19) Farsi



WASHINGTON STATE DEPT OF SOCIAL & HEALTH SVCS
HUMAN RESOURCES DIVISION
INVESTIGATIONS UNIT (IU)
PO BOX 45830
OLYMPIA, WA 98504-5830



وزارت دادگستری ایالت متحده: 1-800-514-0301

کمیسیون برابری فرصت‌های شغلی ایالت متحده: 4000-669-1-800-669-1-800

وزارت کشاورزی، خدمات غذایی و تغذیه‌ای ایالت متحده (تبعیض در اجرای برنامه تکمیلی کمک تغذیه).

USDA, Director of Civil Rights,
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(voice) 1-800-795-3272
(TTY) 202-720-6382

برای تعیین چارچوب زمانی جهت طرح دعوی، شما می‌بایست با هر سازمان تماس بگیرید. طرح دعوی در «واحد تحقیقات سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS)» این چارچوب‌های زمانی را تغییر نمی‌دهد.

چنانچه شما شکایت خود را نزد «واحد تحقیقات» مطرح کنید، کارکنان این واحد پس از بررسی صلاحیت و اختیارات با شما تماس خواهند گرفت.

در صورتی که دعوی مطروحه در حوزه اختیارات آنها باشد، کارکنان «واحد تحقیقات» اقدام به بررسی شکایت و صدور حکم خواهند کرد.

این سازمان در اصلاح و جبران اقداماتی که تبعیض آمیز تلقی می‌شوند از هیچ تلاشی فروگذار نخواهد کرد.

اقدام متقابل

قوانين ایالی و فدرال و سیاست DSHS اقدام متقابل و تلافی‌جویانه را منع کرده است. هر شخصی که نسبت به تبعیض اقدام به شکایت فوده یا در تحقیقات مربوط به این شکایت معاونت داشته باشد مورد تهدید، ارعاب، اعمال زور یا تبعیض قرار نخواهد گرفت.

شکایت نسبت به تبعیض

سیاست

«سازمان خدمات اجتماعی و درمانی» کارفرمایی است که فرصت‌های برابر را در استخدام لحاظ می‌کند و بر اساس موارد و عوامل زیر نسبت به کسی تبعیض قائل نمی‌شود: سن، جنس، گرایش جنسی، جنسیت، هويت / رفتار جنسیتی، وضعیت تأهل، نژاد، عقیده، رنگ، ملیت، دین یا اعتقادات، واستگی سیاسی، وضعیت نظامی، کهنه سربازی که با شرافتمانی وظیفه خود را انجام داده‌اند، عصر ویتنام، وضعیت کهنه سربازی که اخیراً به خدمت خود پایان داده یا دیگر وضعیت سربازی محافظت می‌شود، وجود هرگونه ناتوانی حسی، ذهنی، جسمی یا استفاده فرد معلول از یک سگ راهنمای آموزش دیده یا یک حیوان کمکی، دستمزد برابر یا اطلاعات ژنتیکی.

اقدامات ناعادلانه‌ای که بر اساس عوامل فوق الذکر در ارائه خدمات یا اشتغال رخ می‌دهد، ناقض سیاست عدم تبعیض DSHS می‌باشد. برخی از این اقدامات عبارت اند از:

- محرومیت از خدمات و مزايا.
- امتناع از استخدام یا ترکیع.
- عدم ارائه خدمات ترجمه‌ای مناسب، از جمله زبان اشاره آمریکایی (ASL).
- محدود کردن دسترسی به خدمات به دلیل امکانات غیر قابل دسترس.
- عدم ایجاد محیط کاری و سکونتی مناسب برای میسراً کردن مشارکت افراد معلول در همه برنامه‌ها، فعالیت‌ها و خدمات.
- فرست ندادن به افراد برای فعالیت به صورت مشاور یا داوطلب یا خدمت در کمیته‌ها و هیئت‌ها.

شکایات نسبت به تبعیض

چنانچه معتقد‌دید که نسبت به شما تبعیض صورت گرفته، فرم شکایت مربوط به تبعیض را در پشت این بروشور پر کنید و آن را به واحد تحقیقات، قسمت منابع انسانی، نزد مسئول هماهنگی ماده 405، باب دوم و سایر قوانین حقوق مدنی ارسال نمایید. در صورت با خبر شدن از هرگونه تبعیض که بر اساس عوامل سابق الذکر رخ داده باشد با «واحد تحقیقات» تماس بگیرید. طبق قوانین ایالتی و فدرال شما همچنین می‌توانید دعوا خود را در یکی از مراجع زیر مطرح کنید:

- کمیسیون حقوق بشر ایالت واشنگتن؛ 1-800-233-3247
- وزارت بهداشت و امور اجتماعی؛ دفتر حقوق مدنی؛ 1-800-362-1710
- (طرح دعوا در «واحد تحقیقات» مانع از این نمی‌شود که شکایت خود را نزد دفتر حقوق مدنی بیرید).

صوتی: 1-800-521-8060 (360) 725-5821
تله‌تاپ: 1-800-521-8061 (360) 586-4289
فاکس: (360) 586-0500
ایمیل: iraucomplaints@dshs.wa.gov

اطلاعات تماس:
Investigations Unit Administrator
Grievance Coordinator for Section 504,
Title II and Other Civil Rights Laws
Department of Social and Health Services
Human Resources Division
Investigations Unit (IU)
PO Box 45830
Olympia WA 98504-5830

آدرس ایمیل	شماره تلفن	نام فرد شاکی
زیپ کد	ایالت	شهر

شماره تلفن	نام و سمت شخصی که نسبت به شما تبعیض قائل شده است		
زیپ کد	ایالت	شهر	سامان

شما بر چه اساسی معتقد‌دید که تبعیض رخ داده است؟	تبعیض در:
	<input type="checkbox"/> اشتغال
	<input type="checkbox"/> خدمات

لطفاً توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد و چه زمانی این اتفاق رخ داد (در صورت لزوم از برگه‌های اضافی استفاده نمایید و هر برگه را امضاء کرده و تاریخ بزنید):

تاریخ	محل امضاء
-------	-----------